



令和 2年分 生命保険料控除証明書

団体名			
ご契約者(ご加入者) 亜草 太郎 様		証券番号 000-000000	
年金受取人 ***			
保険種類 医療保険	保険期間 4年	年金支払期間 ***	年金支払開始日 ***
契約日(更新日) 平成29年 6月 1日	保険料払込期間 4年	払込方法 半年払	

適用制度 新生命保険料控除制度 ※適用制度(生命保険料控除税制改正)の説明については、裏面をご確認ください。

証明額

本年 6月までにお支払いいただいた保険料を、証明します。  
本年12月まで保険料をお支払いいただく予定の場合は、下の「年間払込予定保険料額」の金額を申告してください。

年金	個人年金保険料 0円	うち一時払保険料等 0円	配当金(相当額) 0円	個人年金証明額 0円
一般	一般生命保険料 142,590円	うち一時払保険料等 0円	配当金(相当額) 0円	一般証明額 142,590円
介護医療	介護医療保険料 640円	うち一時払保険料等 0円	配当金(相当額) 0円	介護医療証明額 640円

年間払込予定保険料額

本年12月まで保険料をお支払いいただく予定の場合は、こちらの金額を申告してください。

年金	年間個人年金保険料 0円	うち一時払保険料等 0円	配当金(相当額) 0円	個人年金申告額 0円
一般	年間一般生命保険料 0円	うち一時払保険料等 *****円	配当金(相当額) *****円	一般申告額 *****円
介護医療	年間介護医療保険料 0円	うち一時払保険料等 *****円	配当金(相当額) *****円	介護医療申告額 *****円

証明日 令和 2年 8月17日 アクサ生命保険株式会社

以下に証明すべき記載はございません。

団体名 *****			
ご契約者(ご加入者) *****		証券番号 ***	
年金受取人 ***			
保険種類 ***	保険期間 ***	年金支払期間 ***	年金支払開始日 ***
契約日(更新日) ***	保険料払込期間 ***	払込方法 ***	

適用制度 \*\*\* ※適用制度(生命保険料控除税制改正)の説明については、裏面をご確認ください。

証明額

本年12月まで保険料をお支払いいただく予定の場合は、下の「年間払込予定保険料額」の金額を申告してください。

年金	個人年金保険料 ***	うち一時払保険料等 ***	配当金(相当額) ***	個人年金証明額 ***
一般	一般生命保険料 ***	うち一時払保険料等 ***	配当金(相当額) ***	一般証明額 ***
介護医療	介護医療保険料 ***	うち一時払保険料等 ***	配当金(相当額) ***	介護医療証明額 ***

年間払込予定保険料額

本年12月まで保険料をお支払いいただく予定の場合は、こちらの金額を申告してください。

年金	年間個人年金保険料 ***	うち一時払保険料等 ***	配当金(相当額) ***	個人年金申告額 ***
一般	年間一般生命保険料 ***	うち一時払保険料等 ***	配当金(相当額) ***	一般申告額 ***
介護医療	年間介護医療保険料 ***	うち一時払保険料等 ***	配当金(相当額) ***	介護医療申告額 ***

以下に証明すべき記載はございません。

団体名 *****			
ご契約者(ご加入者) *****		証券番号 ***	
年金受取人 ***			
保険種類 ***	保険期間 ***	年金支払期間 ***	年金支払開始日 ***
契約日(更新日) ***	保険料払込期間 ***	払込方法 ***	

適用制度 \*\*\* ※適用制度(生命保険料控除税制改正)の説明については、裏面をご確認ください。

証明額

本年12月まで保険料をお支払いいただく予定の場合は、下の「年間払込予定保険料額」の金額を申告してください。

年金	個人年金保険料 ***	うち一時払保険料等 ***	配当金(相当額) ***	個人年金証明額 ***
一般	一般生命保険料 ***	うち一時払保険料等 ***	配当金(相当額) ***	一般証明額 ***
介護医療	介護医療保険料 ***	うち一時払保険料等 ***	配当金(相当額) ***	介護医療証明額 ***

年間払込予定保険料額

本年12月まで保険料をお支払いいただく予定の場合は、こちらの金額を申告してください。

年金	年間個人年金保険料 ***	うち一時払保険料等 ***	配当金(相当額) ***	個人年金申告額 ***
一般	年間一般生命保険料 ***	うち一時払保険料等 ***	配当金(相当額) ***	一般申告額 ***
介護医療	年間介護医療保険料 ***	うち一時払保険料等 ***	配当金(相当額) ***	介護医療申告額 ***

以下に証明すべき記載はございません。

団体名 *****			
ご契約者(ご加入者) *****		証券番号 ***	
年金受取人 ***			
保険種類 ***	保険期間 ***	年金支払期間 ***	年金支払開始日 ***
契約日(更新日) ***	保険料払込期間 ***	払込方法 ***	

適用制度 \*\*\* ※適用制度(生命保険料控除税制改正)の説明については、裏面をご確認ください。

証明額

本年12月まで保険料をお支払いいただく予定の場合は、下の「年間払込予定保険料額」の金額を申告してください。

年金	個人年金保険料 ***	うち一時払保険料等 ***	配当金(相当額) ***	個人年金証明額 ***
一般	一般生命保険料 ***	うち一時払保険料等 ***	配当金(相当額) ***	一般証明額 ***
介護医療	介護医療保険料 ***	うち一時払保険料等 ***	配当金(相当額) ***	介護医療証明額 ***

年間払込予定保険料額

本年12月まで保険料をお支払いいただく予定の場合は、こちらの金額を申告してください。

年金	年間個人年金保険料 ***	うち一時払保険料等 ***	配当金(相当額) ***	個人年金申告額 ***
一般	年間一般生命保険料 ***	うち一時払保険料等 ***	配当金(相当額) ***	一般申告額 ***
介護医療	年間介護医療保険料 ***	うち一時払保険料等 ***	配当金(相当額) ***	介護医療申告額 ***